

Таким чином, післядипломна освіта може бути ефективною лише тоді, коли вона буде спроможна адекватно організовувати навчання шляхом поглиблення, розширення й оновлення професійних знань, умінь і навичок у відповідності до потреб суспільства та запитів конкретного громадянина.

## **МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ – РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНА**

**Б.П. Сенюк<sup>1</sup>, Л.Д. Борецько<sup>2</sup>, С.В. Юрнюк<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб,*

<sup>2</sup>*кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,*

<sup>3</sup>*кафедра судової медицини та медичного правознавства*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Питання деонтології професійного спілкування буде актуальним доти, доки існує пацієнт і лікар. Щороку розпочинають самостійну трудову діяльність сотні випускників медичних вузів нашої держави. І для кожного з них провідним стає питання успішної роботи в колективі. Сучасна медицина вузькоспеціалізована і максимально технізована. Кожен лікар, обстежуючи хворого, контактує безпосередньо чи опосередковано (через консультантів, лікарів діагностичних відділень, консилиуми, лікарсько-консультативні комісії) з великою кількістю фахівців. Власне тому деонтологічні аспекти професійного спілкування для майбутніх лікарів будуть завжди актуальними.

На заняттях з внутрішніх хвороб ми звертаємо увагу на складні завдання, на значне робоче навантаження, в тому числі нервово-психічне. У таких ситуаціях трапляються і лікарські помилки. Причини їх появи різні: діагностична помилка, рідкісний випадок, атиповий перебіг захворювання, вкрай важкий стан пацієнта і обмаль часу для діагностики. Молоді лікарі бояться діагностичних помилок. Викладачі клінічних кафедр терапевтичного профілю включають в навчальний процес аналіз вищеперелічених випадків (наявних в клініці чи з досвіду). На щоденних лікарських конференціях інтерни не тільки набувають досвіду з діагностики та лікування, а й починають розуміти, що помилки можуть бути і в компетентних спеціалістів. Однак, розбір кожного випадку розходження клінічного і патолого-анатомічного діагнозів вимагає тактовної, справедливої, професійної й обов'язково доброзичливої критики і поведінки рецензентів історії хвороби (чи амбулаторної карти) і колег по роботі.

Колектив лікарні в цілому, і кожного відділення зокрема, буде здоровим тоді, коли у ньому немає жодної форми зверхнього ставлення до колег інших медичних спеціальностей, немає завищення однієї спеціальності на перевагу іншій. Слід також належно оцінювати роботу персоналу діагностично-лабораторних відділень. Проявом справжньої дієвої співпраці і взаємоповаги між лікарями, об'єднаними спільною метою допомогти людині, є консультації з лікарями різних спеціальностей, консилиуми.

Слід також зупинитись на таких проблемах, як послідовність та етапність обстеження та лікування хворого з точки зору деонтології, діалогу різних лікарів. У цьому випадку важливо не переоцінювати власні дії й недооцінювати або неправильно оцінювати компетенцію і тактику попередників. Кожен повинен чітко розуміти, що першому лікарю завжди найважче. Тому потрібно вчитись поважати працю та дії колеги-попередника, враховуючи труднощі, що виникли перед ним. Неприпустимо негайно критикувати лікаря або детально пояснювати фахові помилки хворому чи родичам. Це порушення медичної етики у більшості випадків призводить до ятрогенії, скарг до різних інстанцій, погіршення стосунків між лікарями та в колективі. На практичних заняттях з терапії інтерни мають можливість відстежувати подібні випадки, працюючи з тяжкохворими, які мають «досвід» спілкування з лікарями як стаціонару чи поліклініки, так і швидкої допомоги, різних діагностичних відділень. Роль викладача на такому клінічному розборі не лише проаналізувати, чому виникли помилки, а й пояснити, як можна було б уникнути конфлікту.

Спостережливість лікаря, його вміння глибоко мислити і розмірковувати, складають суть ще однієї якості кваліфікованого лікаря, яке французькі клініцисти назвали *fleuresclinique*, тобто «клінічним нюхом». Клінічне мислення завжди було і є приналежне українському лікарю, тому важливо, щоб молодий лікар систематично удосконалював свій «клінічний нюх». Наприкінці інтернатури ми бажаємо молодим спеціалістам гарно діагностувати, лікувати і радісно та вільно спілкуватись з людьми. Це допомагає професійно зростати та підвищувати лікарський потенціал.

Отже, формування деонтології професійного спілкування в лікарів-інтернів є важливою складовою частиною навчання в медичному університеті. Без нього неможливе становлення лікаря-професіонала, успішного клініциста, ефективного медичного менеджера, психолога і комунікатора.

## **НОВІ ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЦИНИ**

**Б.П. Сенюк, І.В. Окіпняк, Н.В. Бачук-Понич**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

На сьогоднішній день беззаперечним виявляється той факт, що українська медицина в її широкому і вузькому розумінні потребує змін, але не просто реформування у сфері охорони здоров'я, а здійснення реальних і адекватних перетворень, які б приносили позитивні й відчутні результати для всього населення нашої держави. На нашу думку, в умовах реорганізації практичної охорони здоров'я, основні напрямки післядипломної освіти лікарів-інтернів мають включати: 1) засвоєння сучасних протоколів (чинних наказів) діагностики та лікування внутрішніх хвороб; 2) вивчення юридичних основ лікарської діяльності; 3) відпрацювання основних методик профе-